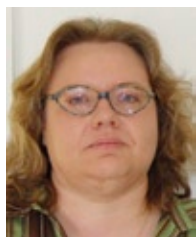


# Welche Berufs- und Kompetenzprofile braucht die Pflegepraxis?

Veränderungsprozesse in der Gesellschaft sowie im Gesundheits- und Bildungswesen nehmen einen grossen Einfluss auf die Gestaltung der Pflege im Praxisfeld, auf die Steuerung und Lenkung der pflegerischen Arbeitsorganisation und somit auf die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe. Wie sich dies aus der Sicht eines Akutspitals mit dem Fokus auf Rollen, Aufgaben und Kompetenzen der Diplompflege präsentiert, zeigt der nachfolgende Artikel.



**Silvia Brönnimann**  
Bereichsleiterin Bildung,  
Regionalspital Emmental AG,  
Burgdorf



**Christa Vangeloooven**  
Pflegewissenschaftlerin MNS,  
Regionalspital Emmental AG,  
Burgdorf

Mehrere, sich gegenseitig beeinflussende Faktoren und deren unmittelbare Auswirkungen auf die Pflegepraxis verlangen neue Strategien, um die Komplexität «ordnen» und «bewältigen» zu können, z.B. auf der

## ... gesellschaftlichen Ebene

Demographische Veränderungen, eine Individualisierung des Lebensstils und das Verschwinden von sozialen Systemen erfordern veränderte Pflegeinterventionen und Pflegekonzepte. Viele PatientInnen bringen Informationen und Wissen aus verschiedenen Medien mit. Eine zunehmende «Verrechtlichung» erfordert ein hohes Mass an Dokumentation und Nachvollziehbarkeit. Der Anspruch auf Qualität in allen Belangen steigt.

## ... gesundheitspolitischen Ebene

Die Zunahme der multimorbiden PatientInnen mit chronischen Erkrankungen sowie die technische Entwicklung in der Medizin stellen veränderte und neue Komplexitätsansprüche an die Pflege. Durch die steigenden Kosten und die Ressourcenknappheit wird die Frage nach Effektivität und Effizienz zentral, aber auch Rationierung und Rationalisierung müs-

sen thematisiert werden. Das Schnittstellenmanagement im Patientenprozess geht über die Institution hinaus. Neue Modelle in der Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsbereiche werden unumgänglich. Entscheidungsfindung und Strategieentwicklung erfolgen datenbasiert, z.B. Outcome-messungen, Einrichtung eines Gesundheitsobservatoriums.

## ... institutionellen Ebene

Die verkürzte Aufenthaltsdauer, im Zusammenhang mit den DRG (Diagnosis Related Groups) im Akutbereich bewirkt eine Zunahme der Fallkomplexität. Patientenprozesse müssen im multiprofessionellen Team neu definiert werden, was eine Neuorganisation bedingt. Die Gesundheitsinstitutionen sind aufgefordert, ihre Leistungen und ihre Qualität nachzuweisen und zu veröffentlichen.

## ... beruflichen oder Professions-Ebene

Die neue Bildungssystematik muss auf allen Ebenen gleichzeitig umgesetzt werden. Die neue Berufsgruppe Fachangestellte Gesundheit erfordert neue Modelle der Arbeitsteilung innerhalb der Pflege. Um den pflegerischen Komplexitätsansprüchen professionell begegnen zu können, wurden im Bereich Pflege diverse Spezialisierungen entwickelt, wie z.B.

Pflegeberatung, Onkologiepflege, Palliation, Diabetes, Wundbehandlung, Herzinsuffizienz etc. Die Frage, wer welche Leistung zu welchem Preis erbringt, muss im Rahmen des Skill-Mix neu geregelt werden. Die Frage nach der Wirksamkeit und Angemessenheit von Pflegeinterventionen hat durch die Entwicklung der Pflegewissenschaft und Akademisierung der Pflege im deutschsprachigen Raum Auftrieb bekommen. Das Fachwissen ist dynamisch und hat eine kürzere Halbwertszeit.

## Was heisst das nun für die Pflegepraxis?

Die oben erwähnten, sich gegenseitig beeinflussenden Kraftfelder haben unmittelbare Auswirkungen auf die Pflegesituationen und somit auf die Gestaltung der Pflege im Klinikalltag. Das breite Spektrum der Patientensituationen in einem regionalen Spitalzentrum spielt dabei eine wesentliche Rolle, auf der

## ... Ebene der Patienten

Die verkürzte Aufenthaltsdauer im Akutbereich hat Konsequenzen bezüglich Pflegeintensität, Pflegekomplexität, Pflegebedarf und die Fallkomplexität nimmt zu (Künzi & Schär Moser, 2002). Die Folgen davon sind eine Verdichtung des Pflegeaufwands durch die kurze Zeitspanne zwischen Patientenein-



tritt und Austritt. Komplexere Interventionen müssen in kürzerer Zeit erledigt werden und es resultiert ein hoher, interdisziplinärer Kooperations- und Koordinationsaufwand.

### ... Ebene der MitarbeiterInnen

Es entstehen ein Gefühl der Instabilität und der Eindruck, dass alles dauernd in Bewegung sei, man das Umfeld nie im Griff habe bzw. die Frage, ob das, was man früher gemacht hat, sinnlos oder nicht gut gewesen sei. Der Informationsfluss ist überwältigend. Fachwissen muss immer wieder neu ausgerichtet werden. Durch die Ressourcenknappheit macht sich das Gefühl breit, den Situationen der PatientInnen nicht gerecht zu werden (Machbarkeitsfragen, Frage nach den Prioritäten, subjektives Gefühl sich dauernd um Defizitbereich zu bewegen). «Standardsituationen» nehmen ab, insbesondere im Bereich der Chirurgie, durch Nebendiagnosen oder chronische Erkrankungen der PatientInnen. Berufsinhalten verlagern sich: Gewichtung von Prozess und Dokumentation, Zunahme des Dokumentations- und Administrationsaufwands. Dies veranlasst langjährige Mitarbeitende zur Aussage: «Dies ist nicht mehr der Beruf, den ich erlernt habe.»

Als Konsequenz mussten «alte» Strategien hinterfragt und alternative Vorgehensweisen geprüft werden. Im Pflegedienst der Regionalspital Emmental AG, Burgdorf, wurde der anstehende Veränderungsprozess im Rahmen des Projekts «Skill-/Grade-Mix: Change-Management-Prozess der Pflegeorganisation» bearbeitet, wobei folgende Entwicklungen und Strategien im Vordergrund standen:

- Festlegung der Ausrichtung der Pflege: von der «optimalen, ganzheitlichen» zur patientenorientierten, angemessenen Pflege.
- Von Tätigkeits- zu Ziel- und Prozessorientierung.
- Pflegeorganisation: Verlagerung von eher mitarbeiterorientierten zu mehr patientenorientierten Systemen im Sinne der Kontinuität.

- Von «alle machen alles» zu Arbeitsteilung und Delegation.
- Vom «standardisierten, vorgeplanten Tagesablauf» zu situativem, bedarfsgerechtem Handeln.

### Neue Ausrichtung der Pflege

Abnehmende Ressourcen sowie konkrete Hinweise in der pflegewissenschaftlichen Literatur führten dazu, die frühere Strategie der «ganzheitlichen, optimalen» Pflege kritisch zu reflektieren (Bleses, 2005) und nach Alternativen zu suchen, um der veränderten Herausforderungen der Pflegepraxis besser gerecht zu werden. Dabei wurde klar, dass die fallorientierte Vorgehensweise an Bedeutung gewinnen muss, da jede Pflegesituation an sich einzigartig ist. Die beeinflussenden Faktoren und Phänomene müssen jeweils situationsbezogen identifiziert und in ihrem Zusammenhang geklärt und interpretiert werden. Das Konzept der Patientenorientierung als pflegesensitiver Qualitätsindikator wurde evidencebasiert mit Studien aus der Sicht von Patienten, Angehörigen und Pflegenden sowie unter Einbezug von organisatorischen Aspekten entwickelt (Bleses, 2005; Suhonen et al., 2005a; Suhonen et al., 2007a; Suhonen et al., 2000a, 2000b; Suhonen et al., 2002, 2005b; Suhonen et al., 2004).

### Zentrale Kernfragen

Wie wird die Individualität der PatientInnen durch Pflegeinterventionen unterstützt und wie nehmen PatientInnen die Individualität der Betreuung wahr? Elementar zur Umsetzung dieser Fragestellungen ist das «Kennen des Patienten» mit der Pflegeanamnese als wichtigstem Instrument, damit diese Kenntnisse aktiv in die Pflege integriert und individualisierte Pflegeinterventionen geplant werden können. Die drei zentralen Aspekte dabei sind: die Wahrnehmung der klinischen Situation, die Wahrnehmung der persönlichen Lebenssituation sowie der Einbezug der Patienten in Entscheidungen über ihre Behandlung und Betreuung. Massgeblicher Einflussfaktor

zur Umsetzung ist die Interaktionsqualität der Pflegenden mit den Patienten (Suhonen et al., 2007a).

Ein positiver Zusammenhang zwischen patientenorientierter Pflege und Patientenzufriedenheit konnte nachgewiesen werden (Suhonen et al., 2007b; Suhonen et al., 2005b). Boumans (2004) fand Hinweise für einen positiven Zusammenhang zwischen der erfolgreichen Einführung/Umsetzung von Skill-Mix und patientenorientierter Pflege. Entgegen der Befürchtung vieler Pflegenden, wurden erste Anzeichen festgestellt, dass die Kombination von Skill-Mix und patientenorientierter Pflege eine Rückkehr zur funktionellen Pflege verhindern kann (Boumans et al., 2004).

In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass ein auf die Patientensituation « zugeschnittener » Pflegeplan erarbeitet wird, wobei ein zielgerichteter Einsatz von Ressourcen und wirksamen Pflegeinterventionen angestrebt wird.

Es geht darum, zusammen mit den PatientInnen prägnante, relevante Pflegeschwerpunkte frühzeitig zu erkennen, zu benennen und systematisch zu bearbeiten. Fokussiert wird dabei auf den Pflegebedarf und die Pflegebedürfnisse, mit einer expliziten Ausrichtung auf Behandlungs- und Aufenthaltsziele. Voraussetzung dazu ist die Fähigkeit, situationsbezogene Informationen und Phänomene mit Fachwissen zu vernetzen. Dies bedingt, dass die diplomierte Pflegefachperson auch über fundierte theoretische Grundlagen in Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Pharmakologie verfügen muss.

In einem nächsten Schritt sollte der Ansatz der Angemessenheit und der Patientenorientierung im interdisziplinären Bereich thematisiert werden, da ansonsten das Risiko für Zielkonflikte im interdisziplinären Kontext besteht.

### Von Tätigkeits- zu Ziel- und Prozessorientierung

Stand früher eher die Tagesachse mit den erforderlichen bzw. verordneten Pflegehandlungen und Tätigkeiten auf Schichtebene im Mittelpunkt, steht im Rahmen der kürzeren Aufenthaltsdauer die Aufenthaltsachse des Patienten im Vordergrund. Die Pflege wird proaktiver, bezogen auf Behandlungs- und Pflegeziele geplant und durchgeführt, nach dem Motto «die Austrittsplanung beginnt beim Eintritt des Patienten».

Der Pflegeprozess als systematischer Handlungsablauf bewirkt eine planbare, zielorientierte und nachprüfbar gestaltete Pflege. Ausgehend von der Informationssammlung und dem Erkennen der relevanten Pflegephänomene können Pflegeziele abgeleitet und die Pflege geplant werden. Somit wird der Inhalt der Pflege systematisch, nachvollziehbar und verbindlich abgebildet. Zentral dabei sind Einschätzungs- und Kommunikationskompe-





tenzen (Beratung, Verhandlung, Prioritätensetzung, Delegation, interdisziplinäre Kooperation und Koordination) der Pflegenden. Im Sinne der Patientenorientierung wird der Pflegeprozess als dynamisches Instrument genutzt, d.h. dass entlang den Pflegezielen/-Ergebnissen laufend Neueinschätzungen und Anpassungen gemacht werden. Die Pflegeprozesssteuerung wird somit zur zentralen Aufgabe der Diplompflege.

### Patientenorientierte Pflegeorganisation

Die Arbeit mit dem Pflegeprozess wird in kriteriengeleitete, ausgewählte Situationen mit dem Einsatz von pflegerischen Bezugspersonen bzw. Dienstplanungsstrategien zur Erhöhung der Kontinuität ergänzt. Ein sogenanntes «Blockplanungssystem» auf Frühschichtebene befindet sich in der Pilotphase. In der Praxis zeigt sich, dass die Arbeit mit pflegerischen Bezugspersonen als Katalysator für die Anwendung des Pflegeprozesses fungieren kann.

Durch die professionelle Beziehungsgestaltung und die höhere Kontinuität wird das Krankheitserleben der Patienten einbezogen und positiv gefördert. Die Beratungsaspekte sind integriert und die Pflegenden kann ihre Handlungsspielräume insbesondere im Rahmen der interdisziplinäre Kooperation und Koordination expliziter wahrnehmen.

Nicht zuletzt wird auch die Arbeitseffizienz gesteigert und es gibt positive Aussagen zur Mitarbeiterzufriedenheit:

- «bewusstere Verantwortung, intensivere Beziehung, gezieltes Kennen, ... muss nicht immer von Vorne anfangen»<sup>1</sup>
- «Der Patient profitiert, ... auch meine Arbeit als Bezugsperson ist bereichernd ... mehr gemeinsame Ziele»<sup>1</sup>
- «... erlebe ich die Kontinuität ... für die Beziehungsgestaltung, den Pflegeprozess als besser steuerbar, weniger Unklarheiten, wird gezielter mit allen Beteiligten»<sup>1</sup>

### Arbeit teilen und delegieren: nicht mehr Alle machen alles

Gemäss Beckers & Nijhuis (2005) war die traditionelle Berufskultur der Pflege durch eine Gleichheitskultur mit einer Ausrichtung auf «Gleichformigkeit» geprägt, wobei eine gewisse Resistenz für Neuerungen, Innovationen und Veränderung besteht. Die typische Lernkultur mit einer Sozialisierung im Praxisfeld, Erfahrungslernen forderte nicht immer eine Wissens-, Reflexions- oder Feedback-Kultur (Beckers & Nijhuis, 2005).

Unter diesen Voraussetzungen ist dann auch zu verstehen, dass die Vorstellung einer neuen Berufsgruppe Fachangestellte Gesundheit zu Beginn der Diskussion viele Ängste hervorrief. Mittlerweile arbeiten diese seit ca. 1.5 Jahren erfolgreich in den Pflegeteams mit.

Die Arbeitsteilung wird so definiert, dass pflegeprozessrelevante Tätigkeiten nicht delegierbar und explizite Kernaufgaben der diplomierten Pflegefachperson sind. In der Durchführung der Pflege werden Teiltätigkeiten gemäss Pflegeplanung und dem Prinzip der vollständigen Tätigkeiten delegiert. Kriterien bei der Delegation sind in diesem Fall oft von der jeweiligen Patientensituation abhängig. Berücksichtigt werden dabei Aspekte wie Komplexität, Stabilität, Risiko, erforderliches Ausmass an Neueinschätzungen während der Durchführung sowie die Kompetenzen und Erfahrungen der beteiligten Personen (Horlacher, 2004). Auf der Basis der Instrumente des Kantonsspitals Olten (Horlacher, 2006) wurde ein Funktionendiagramm erstellt, wobei festgelegt wurde, welche Tätigkeiten fix, fallspezifisch oder nicht delegiert werden können. Ein wesentlicher Teil der Arbeiten in der Medizinaltechnik sowie in der direkten Pflege kann auf diese Weise delegiert werden. Viele Aufgaben im Bereich der Logistik, der nicht patientenbezogene Administration sowie der Hotellerie werden der FAGE vollständig übertragen.

- «Die Arbeit kann nun klarer aufgeteilt werden und ich fühle mich sicherer bei der Delegation. Die

### Schlüsselaussagen von Pflegenden

Schlüsselaussagen von Pflegenden zur patientenorientierten, angemessenen Pflege

«Massgeschneiderte Pflege (nicht jede/r benötigt das Gleiche) beinhaltet ... Flexibilitätsspielraum mit Grenzen.»

«Die Patientensituation bestimmt, wie umfangreich und in welchem Umfang der Pflegeprozess gestaltet werden muss, insbesondere die zielorientierte Umsetzung des Pflegeprozesses.»

«Anamnese: Zeitpunkt an erste Stelle stellen, zuerst durchführen, was nicht delegiert werden kann.»

Arbeitsteilung kann beide Berufsgruppen aufwerten.»<sup>1</sup>

- «Arbeitsinstrument ist praktisch und ist als Instrument auch nützlich, weitere Situationen abzuleiten.»<sup>1</sup>
- «... öfters nachschauen können, ob meine Delegationen gerechtfertigt und situationsgetreu waren, gibt Absicherung. Mir ist aufgefallen, dass das Funktionendiagramm sehr umfassend und gut überschaubar ist.»<sup>1</sup>
- «Einerseits entwickelt die FAGE Expertenwissen in ihren Bereichen, andererseits ist die Diplompflege gerechter eingesetzt (Pflegeprozesssteuerung).»<sup>1</sup>

Erfolgsfaktoren zum Gelingen der neuen Arbeitsteilung sind die Delegationskompetenzen der diplomierten Pflegefachpersonen. Effizientes Delegieren will gelernt sein. Die Bewusstwerdung was eine gelungene Delegation beinhaltet sowie die Trennung zwischen Delegations- und Durchführungsverantwortung ist dabei ein wesentlicher Lernprozess. In der Evaluation der Arbeit mit dem Funktionendiagramm auf der Pilotstation (Jenni-Hoffman, 2008) zeigte sich, dass die Zusammenarbeit mit der FAGE klarer und transparenter wurde. Das Instrument bietet der diplomierten Pflegefachperson Sicherheit und Orientierung. Die qualitativen Antworten der Befragung zeigen einen deutlichen Prozess auf. Das Denken der Pflegenden hat sich bezogen auf das Thema Arbeitsteilung und Delegation stark verändert, bzw. die «Skill-Mixsprache» wurde verinnerlicht. Vor allem die Aussagen der Erstbefragung bezüglich Vertrauen, Sicherheit und Kontrolle in der Zusammenarbeit mit der FAGE sind in der Zweitbefragung kaum noch vorhanden.

- «Wenn ich nicht korrekt und «adressenorientiert» delegiere, ist es auch keine Entlastung.»<sup>1</sup>
- «Dadurch, dass klarer ist, welche Kompetenzen FAGEs haben, kann auch klarer delegiert werden und die FAGEs werden nicht über- oder unterfordert, dadurch steigt die allgemeine Zufriedenheit.»<sup>1</sup>
- «Optimale Arbeitsplanung/Aufteilung bedeutet Effizienzsteigerung. Es bleibt mehr Zeit für wesentliche Teile des Pflegeprozesses.»<sup>1</sup>



### Folgende Berufsgruppen arbeiten auf einer Pflegeabteilung:

- Abteilungsleitung
- Dipl. Pflegefachperson
- Fachangestellte Gesundheit
- Pflegeassistent
- Dipl. Pflegefachperson HöFa 1 oder FH mit Berufserfahrung
- Berufsbildner

MitarbeiterInnen der Pflegeentwicklung und Bildung unterstützen, coachen und beraten in komplexen Situationen.

Die Rollen, Aufgaben und Kompetenzen der einzelnen Berufsprofile müssen geklärt sein. Die Organisation und Gestaltung der Pflege im Rahmen des Grade- und Skill-Mix müssen neu definiert werden.

### Situatives, bedarfsgerechtes Handeln

In der Umsetzung des neuen Modells der Arbeitsteilung zeigte sich, dass einerseits eine fixe Vorplanung der Zuständigkeiten und Tätigkeiten den Kompetenzen und Aufgaben den einzelnen Mitarbeitenden nicht gerecht wird und andererseits der heutigen Praxisrealität nicht mehr entspricht. Daraus entstand die Idee der so genannten Pflegegruppen, zusammengesetzt aus einem diplomierten Pflegenden mit einer oder mehreren zugeordneten MitarbeiterInnen (PA, FAGE, Studierende etc.). Die dipl. Pflegeperson ist verantwortlich für die Pflege bzw. den Pflegeprozess der zugeordneten Patientengruppe und somit für die Delegationsentscheidungen. Ergebnis ist der Einsatz der Mitarbeitenden nach Fähigkeiten/Kompetenzen sowie eine situative Pflegeprozessgestaltung. Die höhere Flexibilität in der Gruppe fördert eine effiziente Arbeitsorganisation, wobei die Kontinuität im Sinne einer patientenorientierten, angemessenen, Pflege erhalten bleibt.

### Diplompflege am meisten betroffen

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass weniger die Integration der neuen Berufsgruppe, Fachangestellte Gesundheit, sondern die neue bzw. explizite Kompetenz- und Rollenzuweisung der diplomierten Pflegeperson im

Vordergrund steht. Diese Entwicklung der beruflichen Inhalte und Aufgaben wird von den MitarbeiterInnen einerseits als Chance, aber auch als Herausforderung gesehen. Besonders einige langjährige Mitarbeitende im Teilzeitpensum erleben die Veränderung ihres Berufsbilds als sehr prägend:

- «Habe Angst, selbst nicht mehr beim Patienten sein zu können, keinen Bezug mehr aufbauen zu können.»<sup>1</sup>
- «Ich habe ein Handwerk gelernt, ... habe ... immer mehr Distanz zum Pflegen. Ein Umdenkprozess muss stattfinden.»<sup>1</sup>
- «Mit einem Beruf ohne fixe Kompetenzen gibt man den diplomierten Pflegefachpersonen eine grosse Verantwortung; es kann fördern, interessanter machen, es kann auch belastend sein!»<sup>1</sup>

Wir gehen davon aus, dass auf einer Pflegeabteilung in einem Regionalen Spitalzentrum alle oben erwähnten Berufsgruppen vertreten sind. Im Bereich der Diplompflege werden grösstenteils diplomierte Pflegefachpersonen HF arbeiten. AbsolventInnen der Fachhochschule sehen wir nach einer Einarbeitungszeit in der Pflegepraxis in Funktionen analog der heutigen Pflegefachperson HöFa I, Berufsbildnerin, im Management etc. Die Unterscheidung der Kompetenz- und Anforderungsprofile der Diplompflege HF und FH muss in der Praxis noch klarer definiert werden. Für uns ist klar, dass die an der FH erworbenen methodischen und wissenschaftlichen Kompetenzen gezielt im Praxisalltag genutzt werden müssen.

### Chance genutzt

Mit der Umsetzung der neuen Bildungssystematik ist der «Sonderfall Pflegeausbildung» aufgehoben und in eine für die gesamte Berufsbildung gültige Systematik integriert. Mit der Tertiärisierung der Diplompflege war die Chance da, die Ausbildung neu zu konzipieren, auf die oben beschriebenen Veränderungen in der Pflegepraxis auszurichten und auf eine erfolgreiche und professionelle Bewältigung des beruflichen Alltags vorzubereiten.

Die Ausbildungsinstitutionen und die verschiedenen Versorgungsbereiche der Praxis müssen den Entwick-



lungsprozess in Bezug auf die benötigten Berufsprofile und deren Kompetenzen gemeinsam und partnerschaftlich weiterentwickeln, um eine praxisnahe Ausbildung und im weiteren eine angemessene und patientenorientierte Pflege sicherzustellen.

### Information und Literatur

Christa Vangeloooven  
Regionalspital Emmental AG  
Dorfbergstrasse 10  
3550 Langnau in Emmental  
Telefon 034 421 38 09  
christa.vangeloooven@rs-e.ch  
www.rs-e.ch

Der Artikel basiert zum Teil auf dem gleichnamigen Referat, das Silvia Brönnimann anlässlich des 1. Forums des Berner Bildungszentrums Pflege ([www.bzpflege.ch](http://www.bzpflege.ch)) zum Thema «Die Pflege auf Stufe Höhere Fachschule – der Wert der praxisorientierten Pflegeausbildung aus dem Blickwinkel verschiedener Expert/innen» in Bern hielt.

<sup>1</sup> Aussagen von Pflegenden im Rahmen von betriebsinternen Projektevaluationen und einer Diplomarbeit (Jenni-Hoffman, 2008) im Rahmen des Projekts Skill-Mix, der Einführung von pflegerischen Bezugspersonen sowie Reflexionsveranstaltungen auf Teambene.

Lucerne University of  
Applied Sciences and Arts

**HOCHSCHULE  
LUZERN**

Soziale Arbeit  
Wirtschaft

Master of Advanced Studies

## MAS Management im Sozial- und Gesundheitsbereich

Lernen Sie die Spannungsfelder zwischen ökonomischen, fachspezifischen und ethischen Zielsetzungen aktiv zu gestalten: Werden Sie zur kompetenten Führungsperson im Sozial- und Gesundheitswesen!

**Dauer:** März 2010 bis Februar 2012

**Infoveranstaltung:** 30. November 2009

Details unter [www.hslu.ch/masmsg](http://www.hslu.ch/masmsg) und bei  
Yvonne Steiner, T +41 41 367 49 10, [yvonne.steiner@hslu.ch](mailto:yvonne.steiner@hslu.ch)

**Immer aktuell informiert:**  
[www.hslu.ch/newsletter-sozialarbeit](http://www.hslu.ch/newsletter-sozialarbeit)

FH Zentralschweiz